TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Léon IMBERT

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

TITRES

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — 1re ANNÉE 1886. — 2e ANNÉE 1887.

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER.
Concours 1887.

AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.
Concours 1887.

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER.
Concours 1889.

MEMBRE DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE MONTPELLIER » ET DU « NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL ». — 1892.

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.
Concours 1892.

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS (reçu second).
Concours 1894.

LAURÉAT DES HOPITAUX DE PARIS. — PRIX CIVIALE. — 1896.

ÉLÈVE DU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DE M. MALASSEZ AU COLLÈGE DE FRANCE. — 1896 et 1897.

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — 1897.

DOCTEUR EN MÉDECINE. — 1898.

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES D'OSTÉOLOGIE AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE 2e ANNÉE. — 1889.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Médecine.

Du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la fièvre tuberculeuse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 1891.

Ce travail, entrepris sur les conseils de notre regretté maître le professeur Kiener, est destiné à montrer les difficultés que l'on éprouve souvent à établir, dès le début d'une maladie infectieuse à allure typhoïde, le diagnostic exact. A l'heure actuelle le séro-diagnostic permet d'apporter dans ce problème délicat une précision inconnue à l'époque où nous avons publié ce mémoire. Nos conclusions n'en gardent pas moins un intérêt clinique ; elles établissent que les éléments du diagnostic différentiel se trouvent dans l'appréciation des signes nerveux et digestifs : les troubles nerveux paraissent faire défaut plus fréquemment dans l'infection typhoïde que dans l'infection bacillaire ; d'autre part, l'absence de diarrhée constitue une particularité assez remarquable et assez fréquente de la fièvre tuberculeuse.

Aérocèle bilatérale du cou chez un phtisique.

Gazette des hôpitaux, 1892.

Relation d'un fait à propos duquel sont exposées l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie de cette singulière affection.

Épistaxis répétées chez deux paludéens. — Action favorable des révulsifs appliqués sur la région splénique.

(En collaboration avec M. M. Cros.)

Nouveau Montpellier médical, 27 février 1892.

Deux observations confirmant ce fait curieux, mais bien observé que, chez les paludiques, les épistaxis ont une tendance marquée à se produire du côté gauche. Verneuil est revenu en 1887 sur l'opinion exprimée anciennement par Hippocrate et Galien que les épistaxis consécutives à une affection hépatique pouvaient être arrêtées par l'application de révulsifs sur la région du foie. Dans nos deux cas l'hémorrhagie a été arrêtée immédiatement, suivant un procédé analogue, par l'emploi de vésicatoires et de pointes de feu appliqués au niveau de la rate.

La pleurésie et la thoracentèse à l'Académie de médecine.

Nouveau Montpellier médical, 16 et 23 juillet 1892.

Revue générale dont le point de départ a été l'importante discussion qui a eu lieu à ce sujet à l'Académie de médecine.

Un cas de diabète maigre avec cachexie bronzée.

(En collaboration avec M. Castan.)

Nouveau Montpellier médical, 14 et 21 mai 1892.

Travail dans lequel, à l'occasion d'un fait de diabète maigre avec cachexie bronzée, nous avons exposé les idées de notre maître le professeur Kiener sur la pathogénie de cette variété de pigmentation qui atteint particulièrement le foie et qui est due à l'accumulation d'une substance ferrugineuse de nature hématique.

Recherches sur l'élimination de la créosote par les urines.

I. — Note sur l'élimination de la créosote par les urines.

(En collaboration avec M. le professeur GRASSET.)

Bulletin général de thérapeutique, 30 mars 1892.

II. — Nouvelle note sur l'élimination de la créosote par les urines.

Eod. loc., 15 juin 1892.

III. — Sur la recherche de la créosote dans les urines.

Eod. loc., 30 juin 1892.

IV. — Nouvelle note sur l'élimination de la créosote par les urines.

Eod. loc., 15 septembre 1892.

La question de l'élimination de la créosote par les urines a été fort discutée à cette époque par la Société de Thérapeutique, mais on manquait d'un procédé susceptible de déceler dans les urines la présence du médicament. C'est que, en effet, il ne passe pas par les reins à l'état de créosote, ainsi qu'on le supposait, mais transformé en gaïacol-sulfate de potasse, créosol-sulfate de potasse, etc. C'est ce que nous avons démontré par nos expériences, en même temps que nous indiquions un procédé de dosage approximatif, mais suffisamment exact pour les recherches cliniques. Nous avons eu la satisfaction de voir nos recherches confirmées par différents expérimentateurs et en particulier par M. Sarles (th. Montpellier, 1892), et par M. Audéoud, assistant à l'Université de Genève, dont l'importante

thése (Genéve, 1894) comprend tout un chapitre consacré à l'exposé de cette question.

La créosote que nous avons expérimentée contenait du gaïacol, du créosol et du phlorol, mais ne renfermait pas trace d'acide phénique. Or, le gaïacol appartenant à la classe des phénols, doit se transformer dans l'économie en gaïacol-sulfate de potasse, lequel, distillé avec de l'acide sulfurique, donne de nouveau du gaïacol. Les réactions sont exactement identiques pour le créosol et le phlorol. Nous avons donc distillé avec de l'acide sulfurique les urines des malades soumis à l'action de la créosote. La créosote passe à la distillation sous la forme de gouttelettes noires qui tombent au fond du récipient et la fin de la réaction est annoncée par une production abondante de fumées blanches d'anhydride sulfureux.

Les conclusions de nos recherches sont les suivantes :

L'élimination de la créosote par le poumon est presque nulle, que le médicament ait été administré par la voie rectale, par la voie sous-cutanée ou par la bouche. La créosote s'élimine rapidement et avec abondance par les reins.

Aprés administration par la voie sous-cutanée de 2 grammes de créosote, nous avons retrouvé 71 centigrammes de cette substance dans l'urine éliminée 6 heures aprés l'injection. Les réactions caractéristiques démontrant la présence de traces de gaïacol se produisaient encore 36 heures aprés l'injection.

La durée de l'élimination paraît du reste indépendante de la dose injectée.

Aprés administration par la voie rectale de 4 grammes de créosote, nous en avons retrouvé 1 gr. 20 dans l'urine des 6 heures suivantes ; la réaction caractéristique a persisté pendant 48 heures.

Après administration par la bouche de 2 grammes de créosote, nous en avons retrouvé 75 centigrammes dans l'urine des 12 premiéres heures.

Enfin, nous avons constaté que les divers éléments de la créosote, gaïacol, phlorol, créosol, s'éliminaient par les urines en proportion sensiblement égale.

De ces recherches nous avons pu conclure que le meilleur mode d'administration de la créosote consistait à donner des doses faibles et

répétées du médicament ; les lavements créosotés se prêtent particulièrement bien à ce mode de traitement.

Collaboration, pour la partie médicale, au *Traité d'Electricité médicale* de M. Lecercle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier (1894).

II. — **Chirurgie.**

Comptes rendus des Sociétés savantes.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 1891.

Fractures du rachis, du sternum et des cartilages costaux.

Gazette des hôpitaux, 16 juin 1891.

Observation intéressante par le nombre et par la localisation des traits de fracture.

Du cancer du sein chez l'homme.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 1891.

A l'occasion d'un fait observé dans le service de M. le professeur Dubrueil, nous avons fait un relevé des diverses observations publiées depuis la thèse de M. Poirier (1883). C'est une affection fort rare puisqu'elle ne se rencontre qu'une fois sur 100 cancers du sein environ ; l'âge moyen des malades est de 50 ans; dans plusieurs observations,on a noté que les mamelles présentaient un développement anormal, antérieurement à l'apparition du néoplasme. Les examens anatomo-pathologiques, fort rares du reste, montrent que la tumeur prend naissance dans les acini glandulaires ; la forme squirrheuse est de beaucoup la plus fréquente. La symptomatologie rappelle celle du cancer du sein chez la femme ; les douleurs sont cependant moins intenses d'ordinaire. L'engorgement des ganglions axillaires est la règle ; l'ulcération et la généralisation sont tardives. En somme, bien que, chez l'homme, on puisse rencontrer les formes les plus malignes du carcinome mammaire, on peut admettre que l'affection est

d'ordinaire moins grave et moins fatalement mortelle que chez la femme, puisque l'on a noté, chez les malades opérés, une survie moyenne de 10 ans. C'est dire que les résultats de l'extirpation sont encourageants.

Plaie pénétrante de l'abdomen.

(En collaboration avec M. Magnol.)

Nouveau Montpellier médical, 17 septembre 1892.

Quelques considérations sur la rotation des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.

Nouveau Montpellier médical, 30 janvier 1892 et *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1892.

Nous avons rapporté dans ce travail deux faits de torsion du pédicule. Le premier est relatif à un kyste de l'ovaire. Il vient à l'appui de l'opinion d'après laquelle la torsion du pédicule est un accident de la période d'activité génitale. Nous avons essayé en outre de montrer que le ligament de l'ovaire, dont la longueur ne subit pas un allongement proportionnel au volume du kyste, pouvait, par le fait même de son insertion sur la tumeur, contribuer à la production de sa position vicieuse. Les autres détails de notre observation confirment les notions bien connues aujourd'hui sur l'anatomie pathologique et la séméiologie de la torsion du pédicule.

Notre second fait est un exemple d'une complication beaucoup plus rare, la torsion du pédicule d'un fibrome utérin.

Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1892.

Depuis quelques années, on tend à revenir à l'incision périnéale dans les cystites rebelles et en particulier dans les cystites tubercu-

leuses. Nous avons exposé, dans cette note, le manuel opératoire employé par M. Guyon et nous avons indiqué les résultats encourageants obtenus à Paris et à Lyon par le drainage périnéal de la vessie qui s'est montré supérieur à la taille sus pubienne. On ne peut reprocher à l'incision périnéale que la difficulté d'appliquer ultérieurement un traitement local à la muqueuse de la vessie.

Lithotritie et chloroforme.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1896.

Nous avons relaté dans cette note une observation prise dans le service de M. le professeur Guyon dans le but de rappeler la pratique de notre maître en matière d'anesthésie chez les calculeux.

Cystocèle inguinale.

Bulletins de la Société anatomique, 1896.

De la cystocèle inguinale.

Annales des maladies des organes génito-urinaires,
mai et juin 1896.

Lipocèle inguinale.

Bulletins de la Société anatomique, 30 avril 1897.

Nous avons observé, dans le service de M. le professeur Guyon, un malade porteur d'une hernie inguinale de la vessie ; la partie ectopiée du réservoir urinaire contenait une très grosse pierre phosphatique, complication rarement observée ; plus tard, nous avons rapporté à la Société anatomique une autre observation de hernie graisseuse non accompagnée de cystocèle. A l'occasion du premier de ces faits, nous avons fait paraître dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* une étude complète des cystocèles inguinales que nous résumerons brièvement.

Les hernies inguinales de la vessie, abstraction faite des hernies opératoires dues aux tractions exercées sur le sac au cours d'une cure radicale, constituent une affection rare puisque nous n'avons pu en relever que 63 observations. Infiniment plua fréquentes chez le sexe masculin (54 hommes et 5 femmes) elles se produisent surtout à un âge avancé (6 fois au-dessoua de 40 ans et 41 fois au-dessus); nous n'en avons trouvé que deux cas chez l'enfant; deux fois, la hernie était bilatérale. Le fait étiologique dominant est la présence d'une lésion urinaire, hypertrophie prostatique surtout, qui, en permettant la distension de la vessie, oblige à l'effort par lequel elle est chassée hors de la cavité abdominale.

La disposition du péritoine est variable : tantôt la vessie en est complètement dépourvue (hernie extra-péritonéale) ; tantôt un sac péritonéal incomplet, contenant quelquefois une anse intestinale, recouvre sa partie externe et antérieure (hernie para-péritonéale) ; tantôt enfin, il existe un sac séreux complet (hernie intra-péritonéale). Le deuxième cas est de beaucoup le plus fréquent.

La paroi vésicale est généralement amincie ; mais elle peut être notablement plus épaisse qu'à l'état normal. On connaît mal les lésions correspondant aux phénomènes d'étranglement que l'on a observés quelquefois.

Les calculs sont rares : notre observation est la seule dans laquelle on trouve des détails à ce sujet : il s'agissait d'un calcul phosphatique évidemment secondaire.

Deux détails anatomiques méritent d'attirer l'attention.

Les uretères ont été trouvés deux fois dans le sac et, dans un cas, la compression urétérale avait produit une hydronéphrose double. Le lipome prévésical est relativement fréquent, mais, fait important, il peut faire totalement défaut.

Discutant la pathogénie de l'affection, nous repoussonal'origine congénitale exposée par Méry et rajeunie récemment par M. Bourbon, d'après les idées de M. Lucas Championnière. Quant au rôle pathogénique de la lipocèle prévésicale, nous pensons que son importance a été très exagérée. Nous montrons que, dans bien des cas, la paroi vésicale a été entraînée par le péritoine ; la cystocèle est secondaire soit qu'une hernie intestinale primitive ait attiré la vessie, à la ma-

nière des cystocèles opératoires, soit que celle-ci, maintenue par des adhérences, bascule dans le sac péritonéal, *la tête la première*.

Quelquefois cependant, la cystocèle est primitive : la paroi vésicale distendue et relâchée par le fait d'une lésion urinaire antérieure, pénètre dans le canal inguinal, seule ou revêtue du péritoine.

Nous aboutissons en définitive à la classification suivante :

Cystocèles primitives.

a) Sans péritoine. . . . . extra-péritonéale
b) Avec un sac péritonéal incomplet et ordinairement petit . . . . para-péritonéale

Cystocèles secondaires.

a) Par glissement, avec un sac péritonéal incomplet mais ordinairement volumineux . para-péritonéale
b) Par bascule, avec un sac complet . . . . intra-péritonéale

La cystocèle se traduit par la présence d'une tumeur inguinale dont le volume peut diminuer pendant la miction : c'est là une constatation très importante, mais exceptionnelle.

Cette tumeur, ordinairement irréductible, peut devenir partiellement réductible lorsqu'elle s'accompagne d'entérocèle.

Le cathétérisme ne donne généralement pas de renseignements.

Le signe pathognomonique de la cystocèle est la *miction en deux temps* : 1° évacuation de la vessie intra-abdominale ; 2° évacuation de la partie herniée. Malheureusement ce signe est des plus rares et tout se borne ordinairement à quelques phénomènes de cystite. Le diagnostic est donc souvent impossible ; cependant il est rare que des symptômes vésicaux ne viennent pas tout au moins mettre le chirurgien en garde contre une cystocèle possible.

Des complications nous ne signalerons que l'étranglement quelquefois assez nettement caractérisé par l'augmentation de volume de la tumeur, les douleurs, les difficultés de la miction et, plus tardivement, les vomissements.

Au chapitre suivant, nous étudions successivement les difficultés du diagnostic avant, pendant et après l'opération.

Le traitement, en dehors des contre-indications dont nous donnons

un aperçu, réside dans la cure sanglante. Nous montrons que, suivant les cas, on devra soit réduire la vessie purement et simplement, soit en réséquer une portion, soit enfin la fixer à la paroi et l'aboucher à l'extérieur. Si la vessie a été blessée accidentellement, on devra la suturer et mettre une sonde à demeure.

Sur la cystocèle crurale.

(En collaboration avec M. Raymond Petit.)

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 3 décembre 1896.

A la suite d'une lésion accidentelle de la vessie survenue au cours d'une cure radicale de hernie crurale, nous avons eu l'occasion d'appliquer avec un succès parfait la thérapeutique que nous venons d'exposer : suture de la vessie et sonde à demeure. En outre nous avons proposé, dans la note relative à ce cas, d'appliquer la cystoscopie au diagnostic des hernies vésicales ; nous pensons en effet que ce mode d'exploration, dans les cas où il pourra être employé, fournira le signe pathognomonique, qui fait si souvent défaut.

Fistule transversale de la verge.

Bulletins de la Société anatomique, 30 avril 1897.

Ce fait est un exemple unique de fistule transversale siégeant immédiatement en arrière du gland, les trajets fistuleux de la verge étant d'ordinaire antéro-postérieurs. Inexplicable par les notions embryologiques connues, il se rattache, croyons-nous, à des adhérences balano-préputiales violemment détachées.

Hydronéphrose volumineuse guérie par le cathétérisme de l'uretère.

(Observation présentée par M. Schwartz, à la *Société de chirurgie*, le 4 juin 1897.)

Cette observation est un exemple remarquable des résultats thérapeutiques dus au cathétérisme de l'uretère ; elle est la première de ce genre publiée en France. Il s'agissait d'une hydronéphrose contenant

environ 2 litres de liquide ; nous pratiquâmes à diverses reprises le cathétérisme au moyen de l'instrument de M. Albarran ; la poche put être ainsi complétement évacuée ; la sonde urétérale fut laissée à demeure une quinzaine de jours, au bout desquels le malade, se trouvant complètement guéri, fut envoyé dans une maison de convalescence. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la guérison s'est maintenue parfaite ainsi que nous avons pu le constater six mois après la sortie du malade.

Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles.

Mémoire inédit couronné par l'Assistance publique de Paris, prix Civiale, 1896.

Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles.

Th. Montpellier, 1898.

Ces deux mémoires constituent, ainsi que l'indiquent les dates, deux études complètes d'une même question dont l'aspect s'est complètement modifié à l'apparition du cystoscope urétéral de M. Albarran. Dans le premier, nous nous étions borné à rassembler toutes les observations de cathetérisme urétéral pratiqué avec les instruments de Nitze, Casper, etc., en y joignant deux faits personnels. Le second comprend un nombre d'observations inédites beaucoup plus considérable. L'un et l'autre ont été faits à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker.

Notre thèse constitue le premier travail d'ensemble dans lequel on trouve réunies toutes les observations publiées. Nous nous sommes surtout attaché à établir avec toute la précision possible les indications du cathétérisme des uretères et les résultats que l'on peut en espérer.

La première partie, technique et expérimentale, comprend l'exposé succinct des diverses méthodes depuis celle de Simon jusqu'aux instruments plus perfectionnés de Nitze, Casper, etc.

Mais nous insistons surtout sur la description et le maniement de l'urétéro-cystoscope de M. Albarran qui constitue un progrés con-

sidérable et grâce auquel le cathétérisme urétéral est devenu une manœuvre véritablement pratique. Nous terminons cette première partie de notre thèse par une étude générale des effets de la sonde urétérale : nous montrons que le cathétérisme des uretères est une manœuvre généralement inoffensive, mais que, dans certaines circonstances, il faut savoir s'en abstenir. Le principal danger à redonter, est la production d'une infection rénale, accident incontestablement fort rare, mais possible. Aussi concluons-nous qu'on devra repousser cette manœuvre, lorsque, *la vessie étant infectée, les voies urinaires supérieures, reins et uretères, paraissent sains.*

Nous étudions dans une deuxième partie, clinique, les indications du cathétérisme. Au point de vue du diagnostic, nous montrons, par de nombreux exemples, qu'on a pu, dans les cas où les moyens ordinaires étaient en défaut, reconnaître une lésion urinaire, la localiser à la vessie ou aux reins, préciser le côté atteint. On peut, grâce au cathétérisme, explorer avant une néphrectomie l'état du rein supposé sain, et acquérir ainsi un élément capital de la détermination opératoire. MM. Guyon et Albarran l'ont utilisé pour l'étude des rétentions rénales. Enfin, maintes fois on a pu faire le diagnostic précis d'une lésion rénale telle que tuberculose, cancer, rétrécissement de l'uretère. Au point de vue thérapeutique, l'utilité du cathétérisme urétéral est plus restreinte ; on l'a néanmoins proposé comme manœuvre préopératoire avant l'hystérectomie vaginale. M. Albarran pense qu'il doit constituer le premier temps opératoire dans toute néphrotomie pour pyonéphrose. Grâce à la sonde, en effet, on repère avec la plus grande facilité le siège de l'obstacle urétéral que l'on peut ensuite traiter par la stricturotomie, l'urétéro-pyélostomie, etc. En outre, quand la sonde arrive jusqu'au bassinet, on établit de la sorte un drainage de la poche qui diminue considérablement la durée de la période fistuleuse. Des pyélo-néphrites et des pyonéphroses ont été guéries par ce procédé ; nous-même avons obtenu la cure définitive d'une hydronéphrose : des rétrécissements urétéraux ont été dilatés. On a obtenu les résultats les plus encourageants dans les cas de fistules rénales. Enfin nous proposons le cathétérisme pour la cure des cystites douloureuses, rebelles à toutes les interventions.

Nos conclusions sont, en résumé, les suivantes :

a) Au point de vue du diagnostic :

Le cathétérisme des uretères constitue une ressource importante pour l'étude des rétentions rénales.

Il permet de faire le diagnostic des lésions rénales avec une précision inconnue jusqu'ici.

Il est devenu le prélude obligé de toute néphrectomie.

b) Au point de vue thérapeutique :

Il peut rendre de grands services au cours d'une néphrotomie.

Les fistules rénales, les rétrécissements de l'uretère, les hydronéphroses devront être d'abord traités par ce moyen.

Nous pensons que ce serait se faire illusion que de compter toujours sur la guérison des pyonéphroses obtenue par le cathétérisme.

Recherches sur l'élimination du bleu de méthylène faites au moyen du cathétérisme des uretères.

MM. Achard et Castaigne s'expriment ainsi qu'il suit dans leur note à la *Société médicale des hôpitaux*, 30 juillet 1897.

« Enfin, à l'appui de notre manière de voir, nous devons citer un cas dépourvu de contrôle anatomique, mais fort intéressant néanmoins et même plus démonstratif, à certains égards, qu'une autopsie. Un malade du service de M. Schwartz présentait un gros rein appréciable au palper, et, en raison de l'absence de troubles fonctionnels, on pensait à un rein kystique. M. Imbert, interne de M. Schwartz, fit le cathétérisme de l'uretère du côté malade, après avoir injecté sous la peau du bleu de méthylène. Or, tandis que le rein opposé et sain élimina le bleu dans le cours de la première heure, le rein malade ne l'élimina qu'à la deuxième, bien qu'il laissât passer le chromogène dans le délai normal. Dans ce fait, aussi instructif que pourrait l'être une expérience de laboratoire, on ne saurait imputer cette différence d'élimination à un trouble de la nutrition générale et il faut, de toute nécessité, faire intervenir un phénomène local, un trouble rénal pour expliquer l'élimination dissociée qui eut lieu par le rein malade. »

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).